Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22362459

N° 101.
17.

ESSAI

SUR

L'ANGINE LARYNGÉE OEDÉMATEUSE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 8 AOÛT 1838,

par ONUFRE DLUSKI,

né à Lebiodka en Lithuanie (Pologne),

Ancien Elève de l'Université de Wilna, ex-Elève de l'Ecole-Pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales à la Faculté de médecine de Montpellier, Membre correspondant de la Société médico-chirurgicale et du Cercle médical de la même ville, etc.;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Ego liberam medicinam profiteor, nec ab antiquis sum nec a novis; utrosque ubi veritatem colunt sequor.
BAGLIVI.

MONTPELLIER,
Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine,
Rue de la Préfecture, 10.

1838.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, *Suppléant.*	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL, *Examinateur.*	*Anatomie.*
.....	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, Prés.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET, *Suppléant.*
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ, *Examinateur.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES, *Examinateur*
BATIGNE.
POURCHE.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR

DUBRUEIL,

Professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier,
Officier de la Légion d'Honneur,
Membre de plusieurs sociétés savantes, etc. etc. etc.

Hommage d'un cœur reconnaissant.

A Monsieur ESTOR,

Professeur-Agrégé à la même Faculté, Membre de plusieurs sociétés savantes, etc. etc.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

O. DLUSKI.

A MES PARENTS.

Daignez agréer ce premier fruit de mes études médicales, offert par un fils dont l'âme est toujours avec vous. Puissiez-vous y trouver un léger dédommagement des nombreux sacrifices que vous avez faits pour mon éducation! Voyez-y la preuve de cet amour filial qui fait le bonheur d'un cœur sensible, et mes vœux seront exaucés.

A mon oncle l'abbé GASPARD DLUSKI,

ex-Curé de Nowogrodek, etc.

Votre conduite à mon égard a rempli mon cœur de l'attachement le plus vif et de la reconnaissance la mieux sentie. Ces sentiments m'obligent, dans ce moment solennel, à vous témoigner publiquement tout ce que j'éprouve. Oui, mon oncle, vous m'avez servi de père dans notre exil, et je ne l'oublierai jamais.

A MES FRÈRES, A MA SOEUR

et à toute ma Famille.

Je vous réunis ici comme vous l'êtes dans mon cœur; un jour viendra où j'oublierai au milieu de vous l'amertume d'une si longue séparation.

O. DLUSKI.

ESSAI

SUR

L'ANGINE LARYNGÉE OEDÉMATEUSE.

Le larynx, du mot grec λάμυγξ, organe destiné au passage de l'air qui doit entrer dans les poumons ou en sortir, ainsi qu'à la formation de la voix, est exposé, par la nature de ses fonctions, à des maladies fréquentes qui affectent surtout sa membrane muqueuse, et dans certaines conditions individuelles, ses autres tissus. Ces maladies ont toujours une influence directe sur la respiration si indispensable à la vie; il est donc aisé de comprendre que tout ce qui peut troubler son libre exercice, et dans quelques cas le suspendre, doit inspirer une crainte plus ou moins fondée pour la vie du malade. La vérité de cette assertion peut être facilement appréciée dans le tableau de l'angine laryngée œdémateuse que nous allons exposer.

Synonymie et Définition. L'œdème de la glotte (Bayle), angine laryngée œdémateuse (Tuilier), laryngite sous-muqueuse (Cruveilhier, Blache), laryngite œdémateuse (Andral), est une maladie qui consiste dans l'infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux, qui unit la membrane muqueuse du larynx aux cartilages qui forment l'ouverture supérieure de cet organe. Bayle, cependant, a placé son siége dans la membrane muqueuse au niveau des bords de la glotte; mais les progrès rapides et brillants de l'anatomie pathologique dans ces derniers temps ont servi à corriger cette erreur.

Histoire. Le Père de la médecine, dans son livre *du Pronostic*, a signalé déjà la gravité de certaines angines; mais on a judicieusement

observé que ce qu'il dit sur ce sujet peut aussi bien se rapporter au croup qu'à l'angine œdémateuse. Après ce grand génie, Celse, Arétée, Cœlius Aurélianus ont parlé d'une angine sèche, mortelle, qui survient à la suite d'autres maladies. Boërhaave dans ses *Aphorismes*, et Sydenham dans sa *Médecine-pratique*, reproduisent les mêmes faits. Le premier dit qu'il n'y a aucune tumeur extérieure ni intérieure, ce qui a porté Bayle à croire que cette angine est une affection nerveuse. On lit aussi dans Boërhaave la description d'une angine qu'il appelle indistinctement *angina aquosa, œdematosa, catarrhosa, tenuis*. Cette maladie généralement peu intense consiste dans une infiltration séreuse au voile du palais, à la luette, et diffère beaucoup de l'angine laryngée œdémateuse proprement dite. Quarin, dans son *Methodus medendarum inflammationum*, répète ce qu'a dit Boërhaave. Mead se borne, pour toute description, à nous apprendre que les glandes de la bouche, du palais, et celles des parties voisines, sont distendues et tuméfiées. Van-Swieten, dans l'article du traitement de l'angine œdémateuse, abstraction faite de son siége, fait soupçonner qu'il a eu en vue l'œdème de la glotte ; voici comment il s'exprime : « *At si periculum in mora videatur esse, ne tumores aucti suffocationis periculum inducant, causticis et scalpello via conciliatur aggestis aquosis humoribus.* » Un des hommes qui a le plus fait pour l'anatomie pathologique, le célèbre Morgagni, indique dans ses *Lettres* les caractères anatomiques de l'angine laryngée œdémateuse, mais il n'en décrit pas les symptômes, n'établit pas son diagnostic, et va même dans sa quatrième lettre jusqu'à expliquer par l'apoplexie la mort rapide des individus affectés de la maladie qui nous occupe. L'immortel Bichat dit, dans son *Anatomie descriptive*, que la portion de la membrane muqueuse du larynx est sujette à une espèce particulière d'engorgement séreux, qui ne se manifeste en aucun autre endroit, et qui, épaississant beaucoup les parois, suffoque en très-peu de temps le malade ; mais plus bas il se trompe, en énonçant que les auteurs ont indiqué les symptômes de cette angine particulière, et qu'ils ne connaissent pas l'état anatomique que présentent les parties. Tel fut l'état de la science sur l'angine œdémateuse jusqu'à Bayle

qui, en 1808, présenta un memoire sur l'œdème de la glotte, dans lequel il fit connaître les caractères pathognomoniques de cette maladie, la distingua de toutes les autres qui ont de l'analogie avec elle, et par plusieurs observations présentées avec le talent d'un profond observateur, dissipa tous les doutes qui s'élevaient sur son existence. Après ce médecin distingué, M. Tuilier, en 1815, a fait une thèse inaugurale sur l'angine laryngée œdémateuse; c'est un travail fort intéressant qui jeta beaucoup de lumières sur le diagnostic et le traitement. Enfin, de nos jours, MM. Andral, Cruveilhier, Bouillaud, et notre maître M. le professeur Dubrueil, ont étudié ce sujet sous divers points de vue.

Nature. La dénomination que nous avons adoptée de préférence, nous amène à parler de la nature de la maladie, avant de passer aux autres parties de son histoire. Il existe une dissidence parmi les auteurs sur ce sujet : les uns regardent cette maladie toujours comme inflammatoire ; ce sont MM. Cruveilhier, Blache, Bouillaud. Ce dernier ne nie pas l'œdème simple non inflammatoire, mais il assure qu'on ne connaît pas bien ses caractères. De l'autre côté, M. Andral n'admet pas la nature inflammatoire dans tous les cas. Quant à Bayle et à M. Tuilier, ils ne discutent pas ce point important; mais on peut se convaincre, en lisant leurs travaux, qu'il peut exister un œdème passif du tissu cellulaire sous-muqueux sans aucune trace d'inflammation. De ces diverses manières de considérer la nature de la maladie qui nous occupe ont dérivé des dénominations différentes : ceux qui ont toujours vu l'inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, ont appelé cette maladie laryngite sous-muqueuse; Bayle, qui observa l'engorgement œdémateux des bords de la glotte chez les individus qui ont succombé à cette maladie, lui a donné le nom d'œdème de la glotte; M. Tuilier, ayant toujours trouvé l'infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux, a voulu ajouter au mot générique *angine* l'épithète *œdémateuse* comme traduction fidèle de l'altération pathologique. M. Andral enfin, quoique rejetant dans quelques cas l'idée de l'inflammation, a pourtant conservé le nom de *laryngite*. Sans discuter la valeur des motifs qui ont conduit les auteurs à cette divergence d'opi-

nions, ce qui serait au-dessus de nos forces, nous dirons avec M. Andral, et en nous fondant seulement sur les observations que nous avons lues, que l'angine œdémateuse peut n'être qu'un effet de l'inflammation du larynx, mais qu'elle peut aussi exister sans elle; partant de là, nous conserverons la dénomination de l'angine laryngée œdémateuse, qui ne préjuge en rien sur la nature de la maladie, mais rappelle pourtant son caractère anatomique essentiel; tandis que la laryngite ferait toujours croire à l'inflammation de la muqueuse laryngée, et que l'œdème de la glotte donnerait une idée fausse sur le siége et la nature du mal.

Causes. L'étiologie de l'angine œdémateuse n'est pas encore bien déterminée. Bayle suppose, chez les individus atteints de cette maladie, une prédisposition à l'irritation du larynx. Mais en quoi consiste cette prédisposition? Comment diffère-t-elle de celle qui produit l'angine inflammatoire simple? A quoi pourrait-on la reconnaître avant l'invasion de la maladie? Toutes ces questions sont à résoudre. On a observé que la maladie éclate souvent, chez les convalescents, après les fièvres adynamiques, ataxiques, quand ils reçoivent l'impression de l'air froid sur la gorge, ou bien quand ils font des exercices forcés de la voix et de la parole. Un coup porté à la partie antérieure de la région cervicale peut aussi décider l'apparition de la maladie. M. le professeur Dubrueil a cité deux observations où l'angine œdémateuse est survenue à la suite des plaies du cou qui étaient déjà cicatrisées. D'autres fois la phthisie laryngée syphilitique ou tuberculeuse, une amygdalite, une pharyngite qui par voie de contiguité gagne les points dangereux du larynx, un abcès survenu dans le larynx à la suite de certaines maladies fébriles, donnent lieu à l'angine œdémateuse quand la prédisposition inconnue est établie. Chez les enfants cette maladie est beaucoup plus rare que chez les adultes. MM. Guersent, Billard et Blache se sont convaincus par les autopsies qu'elle se manifeste comme un accident ultime de l'anasarque. D'après cette exposition étiologique, on peut faire deux espèces principales de l'angine œdémateuse : la première espèce est primitive, idiopathique, et survient le plus souvent chez les individus affaiblis par des maladies antérieures, à la suite

d'une cause occasionnelle quelconque, et dont le larynx était auparavant sain ; la seconde espèce est l'angine secondaire, symptomatique, qui s'établit sur le larynx malade. Dans ces cas, elle est le plus souvent inflammatoire.

Symptômes, Marche, Durée et Terminaison. Une cause quelconque ayant agi sur l'individu prédisposé à l'angine œdémateuse, l'invasion a lieu. La première chose qui s'aperçoit généralement est une sensation incommode dans le larynx, qui force le malade à faire des expirations fortes et sonores, et même provoque la toux par intervalles, pour expulser les mucosités qui semblent obstruer cet organe. La voix est un peu rauque et la déglutition légèrement gênée ; du reste, apyrexie complète et nul dérangement dans les autres fonctions. Au bout de deux, trois ou quatre jours ces symptômes augmentent, la douleur à la gorge survient ; le malade se livre à des efforts comme pour expulser un corps étranger ; ces efforts redoublent de fréquence et d'intensité, et amènent parfois l'expuition de crachats glaireux plus ou moins abondants, après laquelle l'inspiration fait entendre un bruit tout particulier ; la voix s'affaiblit, s'éteint même quelquefois ; le pouls n'est pas encore altéré, et l'état général de l'individu est bon ; seulement on observe une gêne plus ou moins considérable de la respiration. Après quelques jours ou davantage, l'accès de suffocation a lieu ; il dure cinq à six minutes, un quart d'heure et même plus long-temps ; alors le malade renverse la tête en arrière, s'agite pour prendre la position la plus favorable, ou se tient immobile. L'inspiration est difficile, bruyante, et l'expiration facile. A la fin de l'accès, la respiration devient plus libre et se rapproche plus ou moins de son rhythme habituel ; du reste, aucun changement appréciable dans l'économie ; le malade reprend son état antérieur, et il passe plusieurs heures, quelquefois même plus de huit jours, sans éprouver de nouvelles suffocations ; enfin, elles se déclarent et se répètent plus souvent, et avec plus de violence chaque fois ; dans leur intervalle, la respiration est progressivement plus gênée et plus bruyante, surtout pendant le sommeil ; il y a des variations sensibles dans cet état de choses, l'appétit diminue et le pouls offre de l'irrégularité. La position actuelle du malade ne

laisse pas soupçonner encore l'issue fatale, si l'on observe cette maladie pour la première fois ; mais bientôt les accès de suffocation sont si violents, que la crainte pour la vie du malade est justement fondée ; c'est dans ces moments que la lutte terrible du malheureux patient, entre la vie et la mort, frappe l'observateur. Bayle a tracé ce tableau avec talent ; nous le citerons textuellement afin de ne lui rien ôter de sa force et de sa vérité : « Le malade, assis sur son séant, éprouve une gêne extrême dans la respiration ; quelques-uns demandent qu'on leur ouvre le larynx, d'autres cherchent un couteau pour se débarrasser de ce qui les suffoque, et il y a, chez la plupart, des instants de fureur qui les porte à attenter à leurs jours ; ils frappent avec les mains sur leur lit, s'agitent excessivement et poussent des cris de désespoir et de terreur. » Le pouls devient inégal, irrégulier et quelquefois plus ou moins intermittent ; la difficulté de la déglutition est extrême ; les liquides ingérés par la bouche reviennent par les fosses nasales, et, selon M. Blache, la face porte l'empreinte d'une altération de l'hématose ; elle est livide, les lèvres sont bleuâtres, les yeux cernés en bas par un cercle également bleuâtre, profondément enfoncés, ou saillants et injectés. Après l'accès, la respiration redevient assez libre, mais le pouls ne change pas, et de nouveaux accès de suffocation, séparés quelquefois par un assoupissement de mauvais augure, terminent les jours du malade dans un très-court espace de temps ; la mort arrive souvent dans leur intervalle, quand l'air, pénétrant plus facilement, devrait ranimer la vie, qui, par suite de la gêne de la respiration, était près de s'éteindre.

Telle est la marche ordinaire de l'angine laryngée œdémateuse, ce qui constitue la forme sub-aiguë de M. Andral : elle est la plus fréquente. Cet auteur en admet trois autres : aiguë, quand la maladie débute par des symptômes alarmants et qu'un accès violent de suffocation les suit de près ; d'autres fois l'invasion est très-lente, l'intensité des symptômes peu marquée, c'est alors la forme chronique ; lorsqu'au contraire la maladie parcourt ses périodes avec une extrême lenteur, la forme sub-chronique se présente. Ces variations s'expliquent facilement par la diversité des conditions individuelles et des cir-

constances générales ou locales. De ce que nous venons de dire, il résulte que la durée de l'angine œdémateuse est très-variable, seize à trente-six heures suffisent quelquefois pour enlever le malade ; il paraît même que certains individus meurent dès le premier accès, mais ordinairement la mort arrive du quatrième au huitième jour ; dans les autres cas, la maladie peut se prolonger jusqu'à deux mois et plus.

La terminaison fâcheuse, si fréquente dans les circonstances même où l'on devait espérer l'issue heureuse, engageait les auteurs à rechercher les raisons de ce fait. Ainsi Bayle, voyant que les accidents funestes arrivent dans l'intervalle des accès quand l'air pénètre plus librement, et que la plupart des individus n'ont pas la glotte assez rétrécie pour que l'air ne puisse pénétrer, expliqua la mort par la cessation des fonctions des poumons. L'état spasmodique répété a tellement lésé son exercice, que, lors même que l'air y entre avec facilité, il ne peut plus subir les changements que cet organe doit lui faire éprouver ; de sorte que cette fonction vitale ne s'exerce plus, quoique les mouvements de dilatation et de contraction persistent. Au contraire, MM. Bouillaud, Blache, Cruveilhier et Andral considèrent la théorie de Bayle comme une hypothèse, et chacun d'eux expose sa manière de voir. Ecoutons d'abord M. Bouillaud, voici ce qu'il dit : « L'issue fâcheuse de l'angine œdémateuse tient à un double obstacle à l'introduction de l'air dans les voies respiratoires, savoir : 1° rétrécissement de la glotte, résultat du gonflement de ses bords ; 2° renversement en dedans des bourrelets œdémateux dont parlait Bayle, et qui bouchent plus ou moins complétement cette ouverture dans les mouvements d'inspiration » ; disposition que M. Bouillaud reconnaît lui-même n'être pas constante. C'est par l'asphyxie, due au défaut d'une suffisante quantité d'air, que la mort arrive ; et le même auteur se fondant sur cette circonstance purement mécanique, adresse à Bayle les objections suivantes : Ne suffit-il pas que le malade soit privé de l'air pour mourir? C'est vrai ; mais nous observerons que le passage n'est jamais complétement intercepté, et quand on ouvre une voie large pour introduire de l'air dans les poumons, les conditions primitives, nécessaires à l'accomplissement de la respiration, paraissent être

rétablies. Les autres objections sont ainsi conçues : Pourquoi proposer de combattre l'inflammation du larynx ? Pourquoi insister sur l'introduction de la sonde ? Peut-on espérer que cette introduction fera cesser le spasme des poumons, qu'elle sera bien propre à rétablir l'action vitale qu'on suppose suspendue ? Avouons que ces objections sont empreintes d'une grande exagération. Est-ce que le médecin ne doit rien faire, vu qu'on ne peut rappeler l'action vitale des poumons, dont la perte est une conséquence immédiate de l'entrée difficile de l'air ? Ne doit-on pas penser plutôt que le rétablissement prompt de cette condition matérielle s'opposera à la lésion spasmodique ; et quand même l'opinion de Bayle serait fausse, en résulterait-il une application dangereuse dans la pratique ? Nous ne le pensons pas. M. Blache s'appesantit beaucoup sur la lésion de l'hématose, et la regarde comme suffisante pour amener la mort dans les circonstances que nous avons énoncées plus haut. Ce trouble de l'hématose, dit-il, est démontré par la coloration de la face, par l'espèce d'assoupissement qui marque l'intervalle des accès, et par l'état du sang. L'explication paraît être satisfaisante, mais elle n'embrasse pas tous les faits de ce genre ; car nous croyons que Bayle aurait signalé dans la symptomatologie cette altération du *facies*, si ce phénomène était toujours constant. Il en est de même de ce calme ou assoupissement qui sépare les accès ; donc, les faits sur lesquels repose l'explication de M. Blache n'étant pas constants, cette explication n'est pas vraie d'une manière absolue. M. Cruveilhier soutient que l'occlusion de l'ouverture supérieure du larynx par rapprochement des deux bourrelets aryténo-épiglottiques, au moment de l'inspiration, asphyxie les malades long-temps avant que l'obstacle soit assez considérable pour empêcher le passage de l'air. Cela est très-possible ; mais, quand l'infiltration est bornée à un seul repli, ne pourrait-on pas admettre que les dimensions de ce repli sont trop petites, dans certains cas, pour boucher hermétiquement l'ouverture ? L'explication alors serait en défaut. Le docteur Chappe, d'après la théorie de Bichat, attribue tout à l'influence stupéfiante du sang noir sur le cerveau : cet organe ne se relevant plus du coup qu'il a reçu, même quand l'air est rendu aux poumons. Pourquoi rapporter

tout au cerveau quand l'appareil respiratoire joue le premier rôle (1)? Enfin, M. Andral dit que la mort arrive par suite de la perte de vitalité des poumons, qui est le résultat de l'altération de l'hématose ; nous adoptons son opinion, comme celle qui nous paraît la plus satisfaisante pour expliquer tous les faits de cette nature. En effet, sans la vitalité un organe ne saurait fonctionner; quand elle n'existe plus en lui, tous les efforts pour rétablir les conditions physiques ou chimiques attachées à l'exercice de cet organe resteront sans succès.

Anatomie pathologique. Les altérations pathologiques qu'on trouve chez les individus qui ont succombé à l'angine laryngée œdémateuse, sont nombreuses. Pour les présenter avec ordre, nous en avons fait trois classes, que nous faisons précéder de l'étude de quelques particularités fournies par l'habitude cadavérique et de l'altération dans les qualités physiques du sang. Bayle a presque toujours vu chez les sujets morts de cette maladie, que la chaleur persiste long-temps et que les membres conservent leur souplesse. Les parties musculaires sont brunes ou rouges, mais elles ne ressemblent jamais à celles des sujets morts de maladies chroniques. Aucun engorgement particulier dans le cerveau. Le sang contenu dans le cœur est à peine caillebotté chez la plupart, vingt-quatre heures après la mort, et lorsqu'il offre des concrétions polypiformes, elles ont en général peu de ténacité.

La première classe comprend des lésions organiques qui caractérisent essentiellement l'angine œdémateuse; voici les plus constantes: l'épaississement des replis aryténo-épiglottiques, qui bornent l'ouverture supérieure du larynx, et qui en vertu de ce changement morbide rétrécissent plus ou moins cet orifice; ils sont mobiles, tremblotants,

---

(1) Quelques observateurs ont attribué la mort à l'emphysème des poumons. Cette cause n'est pas réelle, comme l'a très-bien dit M. Bouillaud, parce que s'il en était ainsi, l'altération anatomique dont il est question devrait se trouver chez tous les individus qui périssent de l'angine œdémateuse. Or, ce qui n'est pas et quand même cet emphysème serait constant, il ne serait pas rationnel de le regarder comme cause de la mort; il est évident qu'on ne devrait le considérer que comme un accident de l'angine et comme un effet des efforts inspirateurs pour introduire de l'air dans la poitrine.

élastiques; si l'on pousse de l'air par la trachée, ils se ferment et s'ouvrent tour à tour, et quand on pratique une incision, il s'en écoule une sérosité limpide, ou bien elle est comme de la lymphe plastique, quelquefois même purulente; alors cette matière semble être emprisonnée dans les mailles du tissu cellulaire. L'altération que nous venons de décrire est reconnue par tous les anatomo-pathologistes de nos jours, pour être le caractère fondamental de l'angine œdémateuse, contrairement à l'opinion de Bayle, qui trouve ce caractère dans l'engorgement séreux des bords de la glotte. Quoi qu'il en soit, l'infiltration séreuse peut s'étendre plus ou moins bas, et occuper les cordes vocales et même la portion de la cavité laryngienne qui se trouve au-dessous de la glotte, ce qui a fait admettre à M. Cruveilhier une espèce de laryngite sous-glottique.

C'est ici le lieu d'expliquer le symptôme pathognomonique de l'angine laryngée œdémateuse, savoir: la difficulté de l'inspiration et la facilité de l'expiration. On conçoit aisément que le vide qui s'opère dans le thorax pendant l'inspiration a pour résultat le rapprochement des deux bourrelets aryténo-épiglottiques, qui comme une soupape s'opposent à l'entrée de l'air, tandis qu'au contraire l'air expiré soulève ces bourrelets. Bayle, plaçant le siége de la maladie aux bords de la glotte, rendait compte du même phénomène, en disant que pendant l'inspiration ces bords ou bourrelets se renversent dans la glotte et la bouchent plus ou moins complétement, et que pendant l'expiration cette ouverture devient libre par suite du renversement de ces mêmes parties en-dehors. Cependant M. Bouillaud prétend que les bords de la glotte ne sont pas toujours disposés, ainsi que l'a dit Bayle, car la glotte peut être rétrécie par le fait seul du gonflement œdémateux de ses ligaments, de la membrane muqueuse laryngée et du tissu cellulaire ambiant; aussi existe-t-il des cas dans lesquels la suffocation est incessamment imminente, et où l'expiration n'est point libre. Il nous semble que ces cas sont fort rares, et que peut-être cet auteur a pris pour l'angine œdémateuse des cas de laryngo-pharyngite intense, qui se sont terminés par une suffocation mortelle, comme on peut s'en convaincre en lisant ses observations insérées dans les *Archives de médecine*, tom. VII.

Parmi les autres altérations, on trouve l'épiglotte roide, volumineuse, à bords moussées et arrondis; la membrane muqueuse pâle; celle qui tapisse les ventricules peut être également soulevée, et l'intervalle qui sépare les ligaments supérieurs de la glotte des inférieurs ou cordes vocales, paraît alors comblé. La forme de la glotte est changée; au lieu d'être triangulaire, elle est assez exactement arrondie. M. le professeur Dubrueil a mesuré comparativement ses diamètres sur des larynx sains et sur des larynx d'individus qui venaient de succomber à l'angine laryngée œdémateuse : il résulte de ses recherches que, dans la maladie qui nous occupe, le diamètre transversal de la glotte diminue beaucoup plus que le diamètre antéro-postérieur.

La 2e classe renferme toutes les lésions qui sont l'effet d'une autre maladie, telles que 1° celles qui sont dues à la phthisie laryngée, comme la carie, la nécrose, la destruction complète des cartilages, des ligaments, des ulcérations de la muqueuse; 2° les diverses traces que l'inflammation plus ou moins intense fixée sur cette membrane occasionne : ainsi de l'injection rouge, des foyers purulents dans le tissu cellulaire sous-muqueux qui peuvent disséquer les muscles intrinsèques du larynx, dénuder les cartilages et déterminer leur nécrose.

Dans la 3e classe nous avons placé les altérations des tissus environnants; les principales sont : l'engorgement des glandes du cou, suite de l'infiltration séreuse, séro-purulente ou sanguine, des abcès dans les amygdales, ou dans les gros follicules de la base de la langue, etc.

Diagnostic. Après avoir fait connaître l'angine laryngée œdémateuse par tout ce qui précède, nous devons en exposer le diagnostic. Les travaux importants des auteurs qui ont étudié avec soin cette maladie, nous permettent de signaler ses traits saillants ou caractères pathognomoniques. Il y en a deux : 1° l'opposition tranchée entre les deux mouvements respiratoires, c'est-à-dire que l'inspiration est sifflante, difficile, tandis que l'expiration s'exerce avec toute facilité; 2° la présence d'une tumeur molle au pourtour de la glotte, quand on introduit le doigt indicateur dans le larynx : ce caractère ne peut pas toujours être aussi bien constaté que le précédent à cause d'une grande susceptibilité du malade ou de la situation plus profonde de cette tumeur,

néanmoins il ne doit pas être négligé toutes les fois qu'il y a de la possibilité à faire une investigation de ce genre. Nous ne passerons pas sous silence le conseil qu'a donné le célèbre Delpech, d'ausculter le larynx à la moindre altération de la voix; car, dans l'angine où un obstacle à l'introduction de l'air existe dans le larynx, on peut entendre un bruit fort singulier pendant l'expiration : il semble que le malade souffle dans l'oreille de celui qui écoute; dans l'inspiration, au contraire, on entend une sibillation sans aucun râle.

La réunion de tous ces symptômes ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, et le diagnostic est facile dans le cas où elle est bien caractérisée; mais il faut se souvenir que souvent les nuances dans les symptômes sont très-variées et délicates, et que la nature ne se plie pas toujours à nos idées théoriques. Partant de ce point, nous ne suivrons pas l'exemple de M. Tuilier, qui, exagérant la valeur du signe fourni par le toucher, établit seulement le diagnostic entre l'angine inflammatoire simple et celle dont nous traitons; mais nous aimons mieux dire, avec M. Bouillaud, que pour distinguer la suffocation suite d'un œdème de la glotte, de la suffocation produite par quelques autres maladies du larynx, il ne faut rien moins qu'une grande habitude du diagnostic secondée d'une extrême attention. Les réflexions auxquelles nous nous sommes livré nous obligent à mentionner les différences qui séparent quelques maladies, qui, de même que l'angine œdémateuse, viennent par accès de suffocation. Cette comparaison analytique est difficile, mais elle est indispensable pour arriver à la connaissance de la nature d'une affection quelconque. Les maladies qu'il importe le plus de distinguer de l'angine laryngée œdémateuse, sont : l'asthme convulsif, l'angine de poitrine, le croup, l'anévrysme de l'aorte, le spasme de la glotte ou angine thymique.

Dans l'asthme convulsif, la suffocation commence subitement, elle n'est point précédée d'un sentiment de malaise dans le larynx comme dans l'angine œdémateuse. Pendant la durée de la suffocation, le contraste entre les mouvements respiratoires ne s'observe pas; après l'accès, il n'y a aucune gêne dans la partie supérieure de la trachée, et lors même que la difficulté de la respiration n'est pas totalement

dissipée, le malade ne la rapporte pas à la région du larynx, mais à la poitrine. Du reste, la marche essentiellement chronique et la fréquence des récidives complètent la distinction de l'asthme d'avec l'angine œdémateuse.

L'angine de poitrine se présente sous forme d'accès, qui consistent dans une douleur constrictive, fixée le plus souvent au tiers inférieur du sternum ; il est rare qu'elle s'élève au-dessus de la quatrième côte, elle peut attaquer les organes de la déglutition du tube aérien, s'irradier sur les membres; le trouble de la respiration est très-grand, et l'asphyxie peut survenir par la cessation des phénomènes mécaniques de la respiration. D'après cela, on voit que la suffocation survient par suite de la constriction de la poitrine et non par le rétrécissement de la glotte. Quant à l'intervalle des accès, nous ferons la même remarque que pour l'asthme. Le croup diffère de l'angine-œdémateuse par quelques points tranchés : en effet, le croup attaque principalement les enfants, l'angine œdémateuse survient à tous les âges ; le croup peut être épidémique, l'angine œdémateuse jamais; parfois le croup débute brusquement dans la nuit pendant un sommeil paisible, l'angine œdémateuse ne présente pas cette particularité ; ici la respiration devient insensiblement gênée, puis arrive une dyspnée des plus fortes, elle revient par accès comme dans le croup, mais dans l'œdème de la glotte c'est surtout l'inspiration qui est difficile, elle est sonore, sifflante, l'expiration au contraire est libre ; dans le croup, les deux temps de la respiration sont difficiles, le caractère de la voix est spécial, elle ressemble au cri des jeunes coqs. La toux, qui vient par quintes, prend cette intonation; par l'auscultation on entend dans le larynx des râles qui sont en rapport avec la consistance de la matière sécretée. Quand déjà de fausses membranes ont été rejetées, on entend un claquement semblable à celui d'une soupape; ce bruit a lieu dans l'inspiration, quand la fausse membrane se détache par en haut, pendant l'expiration quand elle se détache par en bas. On n'observe pas ces phénomènes dans l'angine œdémateuse; ici la voix est rauque, plus ou moins affaiblie, elle s'éteint par fois complétement. Dans le croup l'expectoration est composée d'un fluide visqueux, quelquefois

purulent ou combiné à des flocons de substance albumineuse; les malades crachent de fausses membranes, qui ne ne se rencontrent jamais dans l'angine œdémateuse. Enfin, dans le croup on n'éprouve pas dans le larynx la sensation d'un corps étranger, mobile pendant la déglutition, susceptible de se placer dans l'ouverture de la glotte ou de se jeter sur les côtés par l'expiration; et si l'on porte l'indicateur sur la base de la langue et qu'on l'enfonce dans le larynx, après avoir franchi l'épiglotte, on ne sent pas de bourrelet au pourtour de la glotte. — C'est pour l'anévrysme de l'aorte que le diagnostic est embarrassant: lorsque la tumeur anévrysmale comprime la trachée-artère et provoque une respiration sifflante et des accès de suffocation, si la tumeur n'est pas apparente à l'extérieur, si le trouble de la circulation n'est pas bien marqué et si la voix est altérée. Les renseignements recueillis sur la marche de la maladie peuvent seuls garantir de l'erreur; cependant on s'est trompé plus d'une fois. Laurence pratiqua la trachéotomie pour un anévrysme du tronc innominé, croyant la faire pour une angine œdémateuse.

Le spasme de la glotte vient aussi par accès de suffocation; mais pendant leur durée on observe généralement cinq à six inspirations profondes, qui se succèdent sans aucune expiration intermédiaire, soit au premier moment de la suffocation, soit lorsque l'état normal de la respiration est rétabli; les enfants, qui seuls sont sujets à cette maladie, poussent un cri aigu et perçant qui ressemble à celui du croup ou de la coqueluche.

Nous devons aussi faire distinguer l'angine laryngée inflammatoire intense (esquinancie des anciens), qui, étant rapidement mortelle par l'effet de la grande gêne dans la respiration, présente quelque analogie avec l'angine œdémateuse, quoique, sous les autres raports, elle en diffère beaucoup. Ainsi, M. Tuilier dit que, dans cette première maladie, l'exploration directe des parties par le toucher fait découvrir une tumeur plus dure et plus douloureuse que dans l'angine œdémateuse; et de plus, l'angine laryngée inflammatoire s'annonce par des frissons suivis de fièvre, la douleur de la gorge ne vient qu'après, la fièvre est constante, les malades ne savent pas indiquer le point précis

de la douleur, car elle s'étend le plus ordinairement le long de la trachée, la voix est aiguë dans l'inspiration, l'expiration est empêchée par la difficulté avec laquelle l'air sort des poumons par le canal rétréci; tout cela n'existe pas dans l'angine laryngée œdémateuse.

On pourra nous faire à ce propos l'objection suivante: Puisque, d'après vous, l'angine œdémateuse, soit primitive, soit consécutive, est souvent due à l'inflammation, pourquoi donc des désordres fonctionnels, reconnaissant la même nature et ayant le même siége, ne seraient-ils pas identiques? Nous répondrons à cela que la théorie ne s'accorde pas ici avec l'observation, car la marche et les symptômes de ces deux maladies sont entièrement opposés; d'où nous concluons que la véritable nature de l'angine œdémateuse est inconnue; que, lorsqu'elle est inflammatoire, elle présente toujours quelque chose de spécial, comme l'est la prédisposition à la contracter; et qu'enfin lorsqu'elle ne s'accompagne pas des symptômes inflammatoires, elle peut être regardée comme une fluxion séreuse passive.

L'introduction d'un corps étranger dans le larynx peut simuler l'angine œdémateuse, mais les antécédents font éviter l'erreur. Terminons ce qui a rapport au diagnostic, en notant que dans certains cas insolites l'erreur est facile; que, par exemple, un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, avec complication d'une tumeur située à la bifurcation des bronches, pourrait en imposer pour une angine laryngée œdémateuse.

Pronostic. La gravité de la maladie qui fait le sujet de notre Thèse étant reconnue par tous les auteurs, nous n'avons pas besoin de nous étendre long-temps sur le pronostic. Bayle sur dix-sept cas n'a vu qu'une seule guérison. Cette mortalité effrayante paraît pour M. Blache une conséquence de l'opinion erronée que Bayle s'était formée sur l'œdème de la glotte, en le considérant comme une hydropisie essentielle, et de ce qu'il n'admettait pas l'angine œdémateuse sans le signe qu'il regardait comme pathognomonique. Nous remarquerons 1° que Bayle ne regardait pas toujours l'œdème de la glotte comme une hydropisie essentielle, puisqu'il a énoncé que l'angine primitive essentielle peut tenir à une affection catarrhale ou inflammatoire; et

2° qu'il est souvent difficile de se prononcer sur une maladie qui va s'établir et qui n'offre pas encore des symptômes caractéristiques.

L'angine laryngée œdémateuse étant dans plusieurs cas symptomatique, le pronostic dépendra de la maladie qui lui a donné naissance ; ainsi il peut être favorable lorsque l'angine œdémateuse est survenue à la suite d'une inflammation simple et peu intense de la muqueuse laryngo-pharyngienne ; quand, au contraire, elle est le résultat d'une altération profonde du larynx dû à la phthisie laryngée, les cas de guérison sont rares.

Indépendamment de toutes ces considérations, l'âge, le sexe, la constitution et le tempérament doivent entrer dans le calcul de probabilité qu'un médecin est obligé de faire, pour prononcer avec justesse sur l'issue de l'angine œdémateuse.

Traitement. Deux indications principales se présentent dans le traitement relatif à l'angine laryngée œdémateuse :

1° Faire disparaître l'engorgement œdémateux ;

2° Prévenir les accès de suffocation.

Nous ne pouvons que tracer des règles générales à cet égard, en faisant observer que c'est dans l'étude des causes, de la marche des symptômes, ou mieux des formes qu'elle présente, et dans toutes les conditions individuelles, qu'on doit puiser les éléments d'une thérapeutique rationnelle. Guidé par ces principes fondamentaux de la pratique médicale, nous considérerons d'abord le traitement de l'angine laryngée œdémateuse primitive, idiopathique, et ensuite celui de l'angine consécutive symptomatique : occupons-nous de la première. Dès le début, quand rien ne peut faire soupçonner l'angine œdémateuse, on se borne à des moyens simples, comme l'application des sangsues au cou, des pédiluves légèrement irritants, des laxatifs, des gargarismes émollients, etc. Lorsque la maladie avance et qu'il y a une gêne plus grande dans la respiration, si la voix s'altère et si la toux acquiert de la raucité, on remplira la première indication par les antiphlogistiques généraux et puis locaux. Quand l'angine a quelque chose du génie inflammatoire, c'est à cette période que M. Cruveilhier conseille des saignées poussées jusqu'à syncope ; il est bon pourtant de

se tenir dans de justes limites, car il faut un certain degré de force pour que la résolution se fasse.

Dans le cas contraire, lorsque l'angine semble être une fluxion séreuse passive, des attractifs irritants, comme des vésicatoires au cou, à la nuque, des sinapismes aux extrémités inférieures, doivent ouvrir le traitement, etc.; tandis qu'ils seraient nuisibles au début de l'angine inflammatoire, avant d'avoir combattu la réaction. Après avoir employé, avec les précautions nécessaires dans l'un et l'autre cas, les moyens révulsifs et dérivatifs sur la peau, on aura recours aux émétiques, qui sont très-utiles selon l'avis de Dupuytren, parce que, dans les efforts du vomissement, il y a une sorte de contraction des parties de la gorge, qui contribue beaucoup à diminuer l'engorgement. Les purgatifs ne doivent pas être omis, lorsqu'il n'existe pas de contre-indication à leur emploi. Enfin, si l'expectoration est difficile, s'il y a de la toux, des tisanes pectorales, des juleps expectorants, etc., seront ajoutés.

Si, malgré tous ces moyens, l'accès de suffocation survient, une seconde indication se présente; il est alors de la plus haute importance d'agir promptement et énergiquement, car de cette circonstance dépend le succès. La compression avec le doigt des tumeurs œdémateuses, préconisée par M. Tuilier; les scarifications de M. Lisfranc, et l'introduction, dans la cavité du larynx, d'une sonde en gomme élastique, ouverte à son extrémité inférieure et percée sur les côtés de deux larges yeux qui permettent au mucus une issue facile: tous ces moyens doivent successivement être tentés dans l'angine œdémateuse passive, et selon la gravité du cas. Mais lorsque le médecin est appelé dans l'imminence d'un violent accès de suffocation survenu subitement, comme alors l'angine tient le plus souvent de l'état inflammatoire, la pression exercée par la sonde serait insupportable, et on lui préférera la laryngotomie ou la trachéotomie; ensuite on s'efforcera de résoudre l'engorgement par une révulsion et une dérivation fortes et soutenues. Bayle conseille encore des anti-spasmodiques pour combattre le spasme des muscles de la glotte et l'état nerveux qui accompagne les accès; les diurétiques sont aussi recommandés par ce même praticien.

Nous avons admis, avec Bayle, Tuilier, Finaz de Seyssel, l'introduction de la sonde comme moyen thérapeutique efficace ; cependant d'autres auteurs se sont fortement prononcés contre son usage. Il est donc de notre devoir de justifier les motifs qui ont pu nous engager à ne pas partager leur opinion.

Ecoutons les objections : 1° la sonde, restant long-temps dans les voies aériennes, se remplit des mucosités qui l'obstruent, il faut donc la retirer et la replacer souvent ; alors on s'expose à fatiguer sans cesse le malade, et la membrane muqueuse, jouissant d'une grande sensibilité, risque beaucoup de s'enflammer.

2° La nature inflammatoire de l'angine est une contre-indication formelle ; les parties douloureuses ne sauraient supporter le contact d'un corps étranger. — Voici notre réponse : un principe général de thérapeutique, c'est que tous les moyens sont bons quand ils sont appliqués à propos. Or, dans quel cas l'introduction de la sonde peut-elle être avantageuse? C'est quand l'angine œdémateuse se présente sous une forme chronique ou passive : il est hors de doute alors que, la sensibilité des parties étant très-obscure, la compression est un excellent moyen pour opérer le dégorgement.

La seconde objection ne saurait avoir de valeur qu'aux yeux de ceux qui ne voient jamais qu'une inflammation dans l'angine œdémateuse. Quant à la sensibilité de la membrane qui fait craindre une inflammation, elle n'est pas constante.

Bichat, dans les œuvres chirurgicales de Desault, dit que la difficulté opposée à l'introduction des sondes élastiques, par la sensibilité de la membrane laryngée ou trachéale, ne doit point arrêter le praticien dans le cas où cette introduction est indiquée.

Après avoir exposé le traitement de l'angine œdémateuse primitive, idiopathique, nous jetterons un coup-d'œil sur celui de l'angine symptomatique. On sait que cette dernière espèce peut survenir à la suite des inflammations aiguës ou chroniques qui se fixent sur la membrane muqueuse laryngée ; il faut donc combattre ces inflammations, en même temps qu'on s'occupe des indications relatives à l'angine œdémateuse. Lorsque la maladie n'est qu'un symptôme de la phthisie laryngée

syphilitique ou tuberculeuse, on ne peut espérer quelque succès qu'en attaquant l'affection principale : ainsi le virus syphilitique sera traité par des préparations mercurielles.

La thérapeutique ne possède que des moyens palliatifs dans le cas de la phthisie laryngée tuberculeuse, qui est souvent compliquée d'une phthisie pulmonaire ; ces moyens sont : des saignées capillaires s'il y a de l'irritation locale, des vésicatoires volants, des moxas, ou bien de petits cautères établis sur les côtés du larynx, le séton à la nuque, des loochs calmants, des fumigations avec diverses substances odorantes, résinoïdes, etc. etc. M. Cruveilhier a fait même construire un masque métallique pour rendre plus facile l'usage des fumigations.

Sous le rapport du traitement local, les cautérisations de la muqueuse avec le nitrate d'argent ont été mises en vogue par M. Trousseau, qui en a retiré de grands avantages. On a proposé aussi d'ouvrir le larynx et de le cautériser pour changer la carie des cartilages en nécrose, moyen trop barbare pour être employé.

Nous avons vu à l'hôpital St.-Eloi, dans le service de M. le professeur Lallemand, un cas d'angine œdémateuse que nous jugeons à propos de rapporter ici.

Observation. Le nommé Targe, âgé de 40 ans, et pêcheur de profession, d'une taille moyenne, maigre et ayant un teint jaunâtre, fut reçu le 23 janvier 1838, dans la salle des blessés, pour une nécrose du second orteil du pied droit, et placé au n° 23, salle St.-Vincent. — M. Lallemand, le lendemain de son entrée, pratique une incision pour faciliter la sortie des portions nécrosées; le jour suivant, 25 *janvier*, le malade accuse une douleur insupportable dans l'orteil qui a subi cette petite opération ; bientôt elle se propage jusqu'à l'aine du même côté, en suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques qui sont engorgés et ressemblent à des grains de chapelet ; la peau correspondante est un peu rouge et sensible au toucher. Quoique la réaction soit assez marquée, on ne pratique point de saignée à cause de la faiblesse du malade, et l'estomac n'étant le siége d'aucune irritation, on prescrit 24 grains d'ipécacuanha. Après l'administration de ce médicament, survinrent des vomissements abondants, ainsi que des nausées, le hoquet, de la

céphalalgie et de la douleur dans la région du foie; la face interne de la cuisse droite s'enfle et devient douloureuse. Bouillon, tisane d'orge.

26 *janvier*. La veille, dans la soirée, le chirurgien de la salle voyant la persistance des vomissements avait prescrit le laudanum à l'intérieur et les vomissements s'étaient arrrêtés ; mais, dans la nuit, le hoquet et les nausées sont revenus. A la visite on observe les symptômes suivants : céphalalgie, léger trouble des idées, face colorée, langue sèche, noirâtre, pouls petit, fréquent, rougeur érysipélateuse occupant tout le pied droit et y déterminant une grande sensibilité. *Prescription :* deux moxas à l'épigastre, large vésicatoire à la face interne de la cuisse affectée, cataplasmes émollients pour envelopper la jambe et le pied, eau de Seltz pure ℥ iv, bouillon, tisane d'orge chaude.

28. Pas d'amélioration, au contraire la faiblesse plus grande, respiration embarrassée; il s'est formé à la partie interne de la cuisse malade un abcès dont l'ouverture donne issue à un pus sanguinolent. *Prescription :* infusion d'anis ℥ iv, eau de laitue ℥ ij, tridace ℈ xij, sicop diacode ℥ j par cuillerée; même régime et applications locales sur l'extrémité inférieure droite ; lavements émollients dans le courant de la journée ; vésicatoire sur la région du foie.

29. Rémission des symptômes ; la langue et les gencives s'humectent ; le pouls est faible, mais régulier. Le vésicatoire appliqué à la cuisse limite la rougeur érysipélateuse. Même prescription.

30. Rien de remarquable : continuation.

31. Céphalalgie peu intense ; langue sèche, ligneuse, fendillée ; soif ; la douleur dans la région du foie persiste, et le hoquet se réveille de temps en temps; délire. Même prescription ; application d'une compresse vernissée, du cérat sur toute l'étendue de la cuisse et de la jambe.

1er *février*. Diminution de la céphalalgie ; pouls petit, faible, irrégulier. La suppuration que fournit l'ouverture de l'abcès à la cuisse est peu considérable.

2. Rien à noter.

3. La douleur de tête a disparu, la langue s'est humectée, peu de

soif ; la douleur correspondante à la région du foie s'est calmée ainsi que le hoquet, cependant elle se renouvelle de temps en temps ; on aperçoit le même jour, dans l'après-midi, la tuméfaction de la glande parotide gauche avec la rougeur des téguments qui y correspondent. L'amygdale du même côté augmente de volume et rougit. *Prescription :* deux vésicatoires, l'un à la partie antérieure de la cuisse et l'autre à l'épigastre ; continuation.

4. La parotide et l'amygdale se gonflent davantage et deviennent douloureuses, le pouls est plus fréquent. Cataplasme émollient sur la parotide.

5. Délire dans la nuit, agitation, inquiétude, céphalalgie assez vive, la température des extrémités est plus basse que le reste du corps ; bas-ventre tendu ; la parotide dure, rouge et douloureuse.—Continuation de la potion calmante, bouillon par cuillerées, tisane d'orge, etc.

6. Le malade n'a pas dormi, la respiration est gênée, une douleur à la gorge se déclare, et en examinant le cou, on aperçoit que les glandes sous-maxillaires sont tuméfiées ; l'arrière-bouche offre une teinte d'un rouge assez vif, la base de la langue est tuméfiée, le malade ne peut la tirer hors de la bouche. —Deux vésicatoires, dont l'un sur la glande parotide et l'autre sur la partie antérieure de la gorge, sont ajoutés aux prescriptions ordinaires.

7. Peu de repos dans la nuit, respiration fort gênée ; on aperçoit le signe pathognomonique de l'angine œdémateuse, c'est-à-dire que l'inspiration est difficile, bruyante, tandis que l'expiration est facile ; par l'introduction du doigt indicateur on constate que la langue, les piliers du voile du palais, les replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés ; le malade est menacé d'une suffocation imminente, la face est devenue rouge, les yeux sortent des orbites, les veines temporales et jugulaires sont très-saillantes, le malade introduit le doigt dans la bouche pour retirer des mucosités et ne peut y parvenir. M. Lallemand introduit alors la sonde, et appuyant sur les parties œdématiées facilite ainsi le passage de l'instrument ; la respiration est rendue plus facile, mais on est obligé de retirer fréquemment la sonde pour la débarrasser des mucosités qui l'obstruent. Le malade respire par ce moyen depuis huit heures du matin jusqu'à deux heures de l'après-midi ; enfin tout est inutile, et ce

malheureux n'ayant plus la force d'expulser les matières glutineuses et semblables à de la colle qui s'accumulent de plus en plus dans le larynx, expire à deux heures et demie.

Autopsie. Depuis le pied jusqu'à l'aine du côté droit on trouve du pus dans les vaisseaux lymphatiques; les glandes de l'aine sont volumineuses et rougeâtres; tout le tube digestif, à l'exception du gros intestin, présente des traces d'inflammation; le foie est plus volumineux qu'à l'état normal; sa surface convexe offre, outre l'impression des côtes, quelques taches jaunes disséminées et dues à un peu de matière purulente. Le péritoine qui recouvre cette surface est ramolli et fortement injecté, cependant le parenchyme du foie est sain. Le péritoine qui tapisse aussi la face inférieure du diaphragme présente des traces d'inflammation. La base du poumon droit est hépatisée en rouge, et la plèvre du même côté revêtue de fausses membranes jaunâtres. Le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx est infiltré d'une sérosité purulente; l'épiglotte et sa muqueuse épaissis et particulièrement dans ses replis aryténo-épiglottiques; les bords de la glotte engorgés; la glande sublinguale contient du pus; langue œdématiée et appliquée contre la voûte palatine; le tissu propre de la parotide, ainsi que son tissu cellulaire, sont enflammés, ramollis, infiltrés de pus; on trouve un petit foyer purulent dans le point sur lequel a été appliqué le vésicatoire. La tête n'a pas été ouverte.

Questions traitées en propositions (1).

Comment trouver l'eau régale dans les vomissements?

L'eau régale est un liquide jaune-rougeâtre ou rouge, d'un saveur excessivement caustique, et qui résulte d'un mélange à parties égales d'acide nitrique et d'acide chloro-hydrique. Donc, pour la découvrir dans la matière des vomissements, il est indispensable de prouver la

(1) Nous n'avons traité de cette manière que trois des questions que le sort nous a désignées; la quatrième avait pour objet l'angine œdémateuse. En nous bornant à développer convenablement cette dernière question, nous nous sommes conformés aux dispositions de la dernière ordonnance relative au sujet des thèses.

présence de ses deux facteurs, car le chlore, l'acide nitreux et l'eau qui entrent dans sa constitution chimique, ne sont que le produit de la décomposition de ces deux acides. Cela posé, nous décrirons le procédé le plus expéditif celui qui conduit directement au but. Pour cela, on sature la matière des vomissements par le bicarbonate de potasse, puis on filtre, on évapore et on soumet à l'action des réactifs les sels obtenus et qui doivent être du nitrate et de l'hydro-chlorate de potasse. On reconnaît que le premier sel est du nitre, en se rappelant ses caractères et en le traitant par les réactifs propres à constater sa présence. Ces deux conditions s'appliquent également au second sel.

Le nitrate de potasse (nitre) est un sel blanc, cristallisé en longs prismes à facettes cannelées, d'une saveur fraîche et fusant sur les charbons ardents. Traité par l'acide sulfurique, il répand une vapeur blanche qui est de l'acide nitrique ; mis dans un tube avec la tournure de cuivre, un peu d'eau et d'acide sulfurique, il dégage des vapeurs orangées qui sont de l'acide nitreux, et il donne naissance à un sel bleu, qui, quoique soluble dans l'eau, n'est pas décoloré par elle, et qui, par addition d'un peu d'ammoniaque, forme *un bleu céleste* magnifique : ce sel est le sulfate de cuivre. La morphine a la propriété de signaler la présence du sel de nitre étendu de 4,000 fois son poids d'eau. A cet effet, on verse dans un verre de montre un peu de liqueur à examiner, on y mêle un petit cristal de morphine et on ajoute une goutte d'acide sulfurique ; la morphine se colore en rouge : en ajoutant un peu de potasse en solution, la couleur devient beaucoup plus intense. Toutes ces expériences prouvent la présence de l'acide nitrique. Quant à la potasse, elle peut être poursuivie par l'hydro-chlorate de platine, qui forme un précipité jaune-serin (un sel double), lequel, trituré avec la chaux vive, ne dégage pas d'ammoniaque.

La présence du nitrate de potasse étant bien constatée au moyen des réactifs énumérés, on expérimente sur le second sel, qui doit être de l'hydro-chlorate de potasse. Les caractères de ce sel se rapprochent beaucoup de ceux du sel marin (hydro-chlorate de soude), cependant l'hydro-chlorate de potasse est plus soluble et produit un plus grand froid en se dissolvant. La solution du nitrate d'argent versée dans ce sel forme un précipité blanc, loard, caillebotté, qui devient violet au contact de l'air, insoluble dans l'acide nitrique et très-soluble dans l'ammoniaque : ce précipité est du chlorure d'argent et décèle la présence de l'acide hydre-chlorique. La potasse se reconnaît comme nous l'avons dit. Deux acides (nitrique et hydro-chlorique) ayant été découverts dans la matière à analyser, le problème est résolu.

D'où viennent les filets nerveux qui animent les muscles de la région hypothénar ?

Les muscles de la région hypothénar ou intrinsèques du petit doigt,

au nombre de trois (adducteur du petit doigt, court fléchisseur et opposant du petit doigt), reçoivent leurs nerfs de la portion palmaire du nerf cubital et principalement de la branche terminale profonde, appelée aussi branche musculaire de cette même portion, au niveau de son passage entre le pisiforme et l'os crochu.

Comment distingue-t-on entre elles l'entérocèle, l'épiplocèle et l'antéro-épiplocèle?

Le diagnostic des organes qu'une hernie inguinale ou crurale peut renfermer, est assez facile à établir, lorsque la tumeur herniaire est récente, réductible et sans aucune altération, soit dans les enveloppes, soit dans les viscères renfermés dans le sac, telles que les kystes séreux, les transformations graisseuses, etc. Cela dit, nous allons indiquer les différences de ces trois espèces de hernies : l'entérocèle ou hernie intestinale se présente sous la forme d'une tumeur à surface uniforme, le plus souvent élastique au toucher; sa consistance varie, elle est tantôt molle, tantôt pâteuse, selon que les matières liquides ou solides remplissent l'intestin; son volume augmente sensiblement par les efforts que le malade fait pour soulever un fardeau, pour tousser et pendant la digestion. La réduction de cette hernie se fait en une seule fois (en bloc) et s'accompagne d'un bruit particulier (gargouillement); si on la fait entrer dans l'abdomen, elle en ressort avec un bruit semblable (Astley-Cooper). L'entérocèle provoque ordinairement des coliques et de temps en temps des vomissements; quand le malade éprouve des borborygmes, ils se propagent jusqu'à la tumeur; on peut même quelquefois voir et sentir les mouvements des gaz dans son intérieur.

L'épiplocèle ou hernie épiploïque présente quelques traits caractéristiques. Elle est toujours d'une consistance molle, pâteuse, compressible, inégale à sa surface; elle ne devient pas tendue, et son volume varie peu pendant les efforts et l'acte de la digestion. La réduction, enfin, s'opère sans aucun bruit et graduellement, elle produit aussi moins de coliques et de nausées. Le malade qui la porte éprouve, en se redressant, un sentiment de tension qui s'étend de la tumeur à la région épigastrique.

L'entéro-épiplocèle ou hernie formée par l'intestin et l'épiploon se distingue des autres par une tumeur composée de deux parties; l'une est élastique, rénitente et facile à réduire en faisant entendre du gargouillement; tandis que l'autre est molle, pâteuse, rentre avec plus de difficulté et se réduit sans aucun bruit particulier.

FIN.

Faire connaître l'électricité statique, et expliquer en quoi elle diffère de l'électricité galvanique.

N° 102.

18.

Existe-t-il une différence dans la structure des vaisseaux ombilicaux, dans leur portion placentaire et dans leur portion fœtale ?

Quels sont les caractères et le traitement des tumeurs enkystées des paupières ?

Faire connaître les causes, la marche et les symptômes de la mentagre.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 4 AOÛT 1838,

PAR **THOMAS** DIT **COLLIGNON** (HENRI-FÉLIX),
de METZ (Moselle),

Docteur en Médecine,

Pharmacien militaire, premier lauréat des hôpitaux militaires d'instruction de Metz, et de perfectionnement de Paris.

Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.

MONTPELLIER,
Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine,
Rue de la Préfecture, 10.

1838.